

# 精神療法

第37巻 第3号 別刷  
2011年6月 通巻第184号

## 認知行動療法からみた病態と介入のポイント

井上 和 臣

Ψ 金剛出版  
TOKYO

## 認知行動療法からみた病態と介入のポイント

井上 和 臣\*

### はじめに

いささか古い2つの論考から小論を始めたい。1つは夏目漱石の病跡に関する内沼の論文(内沼, 1978)である。『道草』の主人公健三の性格像を、彼は「視点の転換」から論じている。視点の転換とは、自・他の視線に対する過敏を示すものであり、健三は他人の意図を先取りして見てしまい、見る自分に当惑し不愉快になり、見られ・あばかれることを怖れる。対人的な過敏と違和と困惑とが健三の内面にかかわる問題であり、健三の性格傾向は感性性格あるいは対人恐怖性性格とされる。視点の転換は『道草』の表現方法の特徴として元来は記述されたものだが、内沼はこれを精神医学的に解釈したのである。

もう1つは統合失調症における内省に関する長井の論文(長井, 1983)である。小論の主題は対人恐怖・社交恐怖であり、統合失調症での議論を引用することに異論のあることは当然である。しかし、対人恐怖の中に関係妄想性をはじめから帯びた類型があることは、よく知られた事実である。長井は、内省することそれ自体が問題化する重症対人恐怖患者の「自己観察」を1つの例として、病的な「内省過剰」の構造論を展開し、一般的な反省と差異のない「事後的内省」と、内省する自分を批判的に見る「同

時的内省」を区別している。

内沼や長井の洞察に比べると、認知行動療法を基礎づける理論的仮説すなわち認知モデルは簡略であり、実用的に過ぎるかもしれない。しかし、視点の転換と内省過剰とは、対人恐怖・社交恐怖の病態を認知モデルとして概念化する上でも、またその認知的概念化に基づく治療介入を計画する上でも、きわめて重要であると思われる。

小論では、認知行動療法からみた対人恐怖・社交恐怖の病態モデルを提示した後、認知・感情・行動の悪循環図を基礎とした介入のポイントを症例に即して論じたい。なお、既に発表した拙論(井上, 2006a, 2006b; 井上・鍵本, 2004; 井上・渡辺, 2000)も参照いただけると幸いである。

### I Beckの認知モデルと介入のポイント

#### 1. 認知モデルの構成要素

一般に、認知モデルは5つの要素から構成される。状況、感情、行動、身体的変化、そして認知である。対人恐怖・社交恐怖における認知は、時間経過に沿って、社交の場に入る前、社交の場の真ただ中にいるとき、社交の場から去った後の認知という形で把握するとよい。

たとえば、職場の同僚との会食の場に出かける前には、「大変なことになった」、「会話の中に入っていけるだろうか?」、「皆が私を馬鹿にしないだろうか?」という認知が脳裏を行き交い、不安にさせる。会食の最中には、「皆が私のことを『面白味のない人間だ』と思っている」という認知が出現し、いたたまれなくなり、

Essence of Cognitive-behavioral Models and Interventions  
\* 鳴門教育大学基礎・臨床系教育部, Kazuomi Inoue: School of Basic Research and Improvement of Practice for Education, Naruto University of Education

早々にその場を離れる。会食から帰った後には、「どうしてもっと別なことを話さなかったのだろうか?」、「どうしてもっと黙っていなかったのだろうか?」という認知にとらえられ、悲しみに沈むことになる。会食に再び誘われる機会があっても、断る以外に選択肢がなくなってしまう。

## 2. 進化の視点

Beck と Emery の古典的な著作 (Beck & Emery, 1985) で強調されていることは、不安は適応的なものであり、脅威に対する反応方略の1つとして理解でき、個体の生存に寄与する重要な機能を担うという点である。

社交恐怖の男性に対する治療からの抜粋 (Beck, 1983) を以下に示す。「どうしてもっとうまくやれなかったのか?」「私は能なしだ」と、事後に、自己批判的な非機能的認知が現れる。これに対し治療者は、社交の場で「人は私のことをどう思うだろうか」と考え、不安になり、行動に抑制がかかるのは、自己保存機制が働いているにすぎない、と説明する。自己保存機制は自然なものであるから、それに向けた批判的で過剰な内省は控えるよう提案する。

治療者: 「どうしてもっとうまくやれなかったのだろうか?」と、あなたは自分に対して批判的になって、自分に向けて非難をあげせて、自分を責めておられる。「どうしてもっとうまくやれなかったのだろうか?」という問いに対する答えはどうなりますか?

患者: 「できるだけことはしたんだから」と、ふつうは言うでしょう。

治療者: それは理にかなった答えですか?

患者: はい、理にかなった答えです。

治療者: あなたがうまくやれなかったのは、うまくやれないのが当たり前だったからです。不安でどうしようもなくなると、他人があなたのことをどう思うだろうかと心配になる。そんなときには、あなたが反応したように、気おくれしてしまうのは、きわめて自然なことです。

患者: そうですか……。

治療者: 気おくれしてしまうのは、古い自己保存機制の一種なのです。

患者: ……。

治療者: 私たちの祖先はいろいろな肉食動物に囲まれて暮らしていました。祖先が敵に対してとった方法の1つが、じっと動かずにいることだったのです。行動を抑制することです。

患者: なるほど。

治療者: 今もさまざまな動物がそういった反応をします。それは正常な自己防衛反応なのです。あなたは正常な自己防衛反応をしたからといって、ご自分を苦しめるつもりですか?

ここでは、事前/事後の非機能的情報処理 (anticipatory/postevent processing) への介入が、部分的になされている。社交状況に入る前に生じる不適応的な予期と、社交状況から離れた後で起こる過度の自己批判的内省とを、認知再構成法 (cognitive restructuring) により適正化しようとするのである。

## 3. Heimberg らの集団認知行動療法

集団療法として実施される Heimberg らの介入は、基本的には Beck の認知モデルに立脚しており、Beck-Heimberg のモデルと呼ぶことができる (Hofmann, 2007)。彼らの集団認知行動療法は、2名の治療者が6名の患者を週1回の頻度で12週間治療するプログラムである。最初の2回のセッションで、Beck の認知モデルが示され、自動思考の同定 (catch)・検証 (check)・修正 (correct) という定型的な認知再構成法が提案される。

### II Clark らの認知モデルと介入のポイント

#### 1. Clark らの認知モデル

Clark らが提案した認知モデル (Clark & McManus, 2002) は、社交状況において自己に関する非機能的信念が活性化される、という仮説部分に関しては、Beck の認知モデルと共通する。さらに、自己注目 (self-focused attention) と安全行動 (safety behaviors) という要因を加えた点に特徴がある。

注意は自己の外的・内的状態に向けられ、自己監視 (self-monitoring) が綿密なまでに作動

する。過剰な自己監視によって、不安や緊張に伴う些細な変化までが知覚されるようになる。その一方で、他者から得られるはずの情報を適切に処理する機能が妨害される。「仮想」他者の視点で自己の状態を眺める傾向 (observer perspective) が顕著となり、「見られ・あばかれるもの」としての歪曲された自己像が優勢となる。他者に対する自己 (public self) に関する誤った破局的解釈がなされる (対人恐怖の「人に対するおのれ恐怖」というわが国の古い定義が想起される)。

他者からの拒絶という社会的破局を回避するために、安全行動が活発化する。低い評価を受けないですむように、周到な準備をして他者の前に立ち、懸命に注意を払いながら行動し続ける。しかし、他者からの逃走は、破局視を強めることはあっても弱めることにはならない。破局的解釈の妥当性を検証する機会を自ら封じてしまうからである。

## 2. 介入のポイント

自己注目と安全行動から概念化した Clark らの認知モデルに基づくと、以下の介入が可能となるだろう。

- ①内から外への注意の変換：自己の内的・外的状態に向けられていた注意を外に転換し、過剰な自己監視を減らし、他者の行動を観察することを勧める。これにより、他者の反応を適切に把握できるようになり、破局的認知に対する反証が得られるはずである。
- ②安全行動の停止：周到に準備され自覚されにくい安全行動を明確にし、これを中止するよう勧める。安全行動をやめた場合、恐れている社会的な破局が生じるものかどうかを、行動実験 (behavioral experiments) を通して検証するのである。非機能的認知の修正にはこの介入が不可欠であろう。

## III Hofmann の認知モデルと介入のポイント

### 1. Hofmann の認知モデル

Hofmann (2007) は、Beck-Heimberg と Clark らの認知モデルを概観した後、社交不安

障害の維持要因に関する包括的病態モデルを論じている。対人状況での不安には、他人に好ましい印象を与えたいと願う、患者の考える社会的標準の高さが関与している。結果として、自己注目が増大し、否定的結末の可能性を強調してしまい、社会的コストを過大評価する。一方、自らの不安反応をほとんど制御することができないと考え、社会的存在としての自己について否定的見解をもち、社会的技能が欠落しているとみる。社会的な不運を予測してしまい、回避行動や安全行動をとり、事後には繰り返し思い悩むことになる。

Hofmann の認知モデルを構成するのは、①患者の考える社会的標準の高さ、②社会的目標に関する曖昧な定義、③自己注目の高さ、④否定的な自己認識、⑤社会的コストの過大評価、⑥患者の考える感情制御の低さ、⑦患者の考える社会的技能の低さ、⑧回避および安全行動、⑨事後の反芻である。

## 2. 介入のポイント

Hofmann の認知モデルに基づくと、Beck や Clark らの指摘するポイントに加えて、以下の介入が可能となる。

- ①患者の考える社会的標準の高さを緩和し、社会的目標に関する曖昧な定義を明確にする。
- ②否定的な自己認識や、患者の考える感情制御の低さを修正するために、ビデオフィードバックや集団療法下での他者からのフィードバックを行う。
- ③事後の反芻については、たとえば、「社会的な不幸があなたの人生をどのように変えてしまうのでしょうか？」と問うことで、適切な情報処理を促す。

## IV 症例にみる介入のポイント

対人恐怖・社交恐怖の認知行動療法においては、緻密さの差はあれ、認知モデルの個別化は必須である。個々の患者について独自の認知モデルを作成することから治療は始まる。とりわけ対人恐怖・社交恐怖の維持機制が図示されることによって、治療者はもちろんのこと患者に

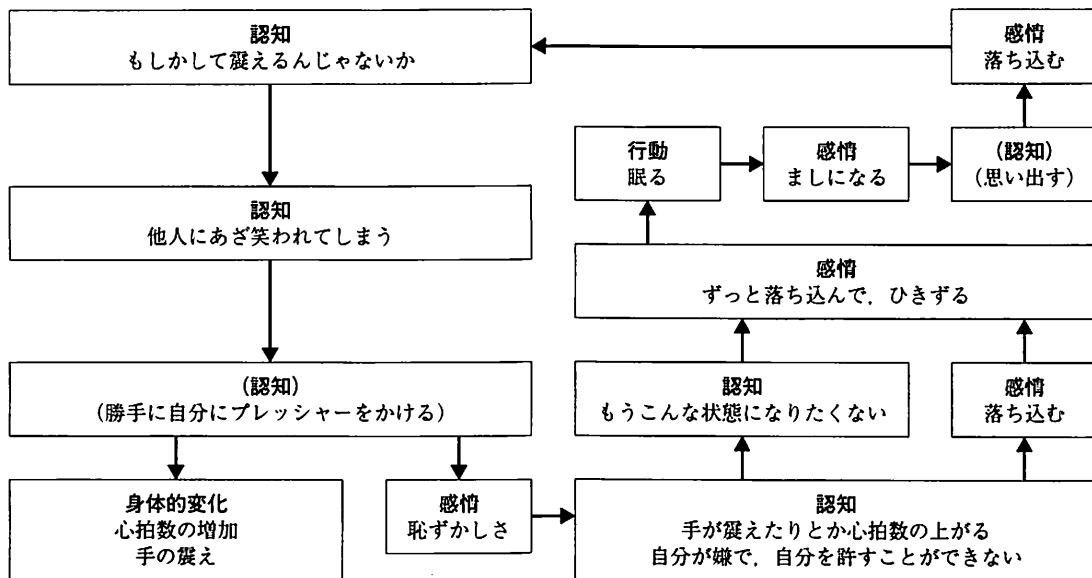


図1 認知行動療法による介入のための悪循環図

も介入のポイントが明確になるだろう。

以下に、認知・感情・行動の悪循環図の作成から始め、過去の出来事の想起と低い自己評価に関わる事後の情報処理過程に留意した介入の実際を例示する。

### 1. 症例

患者は20代女性で、小さな頃から人前で極端にあがっていたという。大学時代アルバイト先で客に飲み物を出すとき、手が震えることがあった。以後、手の震えが気になり、不安や動悸がみられた。4年前から複数の心療内科で薬物治療を受けていたが、1年前に受診を中断した。外出すると不安が強まるので、外出を控えるようになっていた。患者は認知行動療法のことをホームページで知り、母親とともに受診した。

#### 1) 悪循環図を作成する

初診時、病歴等を聴取した後、病態に関わる認知モデルを明確にする目的で、患者とともに認知・感情・行動の悪循環図を作成した。「人前で『もしかして震えるんじゃないか』と考えて、勝手に自分にプレッシャーをかけてしまう」という主訴から始め、感情、行動、身体的変化、認知に関する情報を順に治療者が用紙に

書き出していった(図1)。

次の受診時、手の震えを怖れる契機となった出来事を話題(agenda)とした。アルバイト先での体験について語るうちに、患者は涙ぐむようになった。強い感情がみられるとき、熱い認知(hot cognition)が背後にあるのが一般的である。グラスをもつ手が震え、お客があざ笑ったのが今も思い出される、と患者は語った。「お客があざ笑った」という認知の確信度を尋ねると、100パーセントで、反証は思いもつかないとのことであった。「他人にあざ笑われてしまう」という強固な認知を、悪循環図に書き加えた。社交恐怖である以上、他人の評価が認知の主題になるのは当然かもしれない。しかし、患者にとっていっそう重要なのは、「手が震えたりとか心拍数の上がる自分が嫌で、自分を許すことができない」という認知であることが推察された。

#### 2) 治療目標を設定する

第2回受診時には治療目標の設定を行った。半年後にどのようになっていたかを問い、「手が震える恐怖心がなくなり、緊張する機会が減ればいい」という目標を患者から得て、治療者が所定の用紙に記入した。患者は症状の消

表1 治療目標一覧

1.	手が震える恐怖心がなくなり、緊張する機会が減ればいい	
2.	友人と会う（食事など）	
3.	1人でいろいろな場所に行く：皮膚科、眼科、検診	
4.	資格をとりに通学する	問診表の記入 ひとりで行けない所 買物とかは以前は駄目だったが、 できるようになった。
5.	父の勤める資格	
6.	専門学校：2年とか3年	
7.		
8.		
9.		ふつうに働きに外に出る 不安なしに、日常に支障がない 今すぐにも復帰できれば
10.	社会復帰	

注：□は治療者が書きとめた追加情報

表2 恐怖の階層表

レベル5	飲み物（液体）を運ぶ（人に対して）、面接 人前で発表、失敗してしまったことをもう 1度する
レベル4	人前で書く、他の人との食事
レベル3	電話をする（かける）、お茶をする
レベル2	初めての人と話す
レベル1	

注：レベル1（小）～5（大）

失を願うものであり、それをないがしろにはできない。しかし、恐怖や緊張の変化は第三者には評価しにくいいため、目標は患者にも治療者にも観察可能な具体的なものにしておくことが望ましい。この点を患者に強調し、次回までのホームワークとして、全部で10項目程度の目標を立てるよう勧めた。患者が持参した治療目標一覧は、表1に示したように、10項目に満たなかったが、患者の生活の質を高められる目標であると判断できた。

### 3) 治療目標の実現を困難にする状況を同定する

表2には、患者が設定した目標の実現を阻み、患者にとって対処困難な状況を列挙してもらった。患者の経験する恐怖の強度を5段階の階層表により知ることが可能となった。レベル5には、他人に飲み物を運ぶという、発端となった

場面などが選択された。

### 4) 対処困難な状況での非機能的認知を同定し修正する

対処困難な状況での感情を緩和するために認知再構成法を試みた（表3）。友人から会食のメールが来たが、患者は返事を返すのに数日を要したと語った。思考記録には不安の強度や自動思考・合理的反応の確信度が欠け、結果の欄が空白のまま、感情や認知の定量化ができていないものの、「手が震えるんじゃないか」という自動思考が、返信を先延ばしさせた、「課題を阻害する認知」（task-interfering cognition：TIC）であることは明白であった。これに対し、「会えばきっと楽しいだろう」という「課題を促進する認知」（task-oriented cognition：TOC）には、服薬や「もしもの時には逃げ道がある」という認知、そして手の震えを友人から隠す複数の安全行動が加わることで、ようやく会食を実現させてくれる程度の確信度しかなかったことが推測された。

### 5) 事後の非機能的情報処理に介入する

治療を開始しておおむね半年、第16回セッションの後、患者は専門学校に通学するようになった。定期的なミニテストで満点をとるように「プレッシャーをかける」内容のメールが担当講師からいつも来るという話題に関連して、患者は「自分に枷をしてしまう」と思考記録に書き

表3 思考記録を用いた認知再構成法

日付	状況	不快な感情	自動思考	合理的反応	結果
	不快な感情を伴う出来事	不安, 悲しみ, 落胆, 怒りなど (強さ 0~100%)	不快な感情を経験するときに心を占めている考えやイメージ (確信度 0~100%) <div style="text-align: center;">TIC</div>	自動思考に代わる思考 (確信度 0~100%) <div style="text-align: center;">TOC</div>	1. 自動思考に対する確信度 (確信度 0~100%) 2. 感情の強さ (強さ 0~100%)
X+3/	友人と会う一緒に食事	緊張, 不安	手が震えるんじゃないか。 友人に知られたくない。 ↓ 友人に会いたくない。	薬を飲んでいるので安心 最近震えていないこと 久しぶりに友人に会える楽しみ もしもの時には食欲がないという逃げ道がある 安心行動 ・長袖のものを持っていく ・フォークを使ってしまった	1. 2.

注: □は治療者が書きとめた追加情報

↑ 矛盾

今までだと、「ごめんなさい」と断っていた

会えばきっと楽しいだろうと思うようにした

表4 「枷」というスキーマ

自動思考	合理的反応
ダメ出し	ダメ出しのダメ出し
満点をとらなければならないと自分に枷をしてしまう。 (←学校の先生からもそういうふうにとれてしまうメールがくるのが余計にプレッシャーとなっている)	満点をとるのは大事なコトだけれども誰も完璧ではないので、満点がとれないときもある。  満点をとるために頑張るのは目標であって決して義務ではない

注: □は治療者が書きとめた追加情報

ていた(表4)。「自分を許すことができない」という、治療開始時に作成した悪循環図にあった認知に、この「枷」が関わっていることを、患者との間で共通の認識とした。「自分はなまけものなので、何かを続けようとする、勝手に義務化(枷)をしてしまう」と患者は語った。

患者の考える過去の「失敗」はなお鮮明で、社交状況でそのつど反復され (autobiographical memory bias), 自己評価を低くしているこ

表5 ホームワーク: 過去の失敗した思い出に対して今の自分が客観的に見てコメントしてみよう

高校	漢文・古典のテスト	テストを普通に受けていて時間がギリギリのところ間違いに気がついて訂正しようとしたのですが、焦りすぎて手が震えた。	人の目を気にしたというパターンではないのですが、焦りで手が震えたことが自分の中で(良くない)記憶として残っています。 手が震えた自分はやはりなかなか受け入れにくいですが、震えても字がすごく汚くても最後まで書き直せたのでよく頑張ったと思います。

とに、枷が関与すると思われたので、現在の自分がどのように過去を見直すことができるかをホームワークの課題とした(表5)。「焦りで手が震えたことが自分の中で(良くない)記憶として残っています」と書いた患者は、「手が震えた自分はやはりなかなか受け入れにくいです」と率直に続けていた。

表6 ホームワーク：こけ方の練習：軽度・中等度・重度のこけたとき、どういメッセージを自分に言うか？

軽度	・できることなら、なかったことにしまおう ・軽度ならバレていないから大丈夫 ・つまづくのはこけた内に入らない
中度	軽度・中度・重度の境界線の線引きがむずかしいです
重度	・今はまったく立ち上がれずひどい落ち込みでも時間が経てばまた立ち上がれるかも ・できるなら重度でもすべておじゃんという訳ではないのでは？ という可能性に目をむける

表7 ホームワーク：今までの記録をふり返ってみよう

<p>“つまづくのはこけた内に入らない” “手が震えるんじゃないか”という考えが出てくる状況が減ったように思います。</p> <p>“満点をとらねば……”</p> <p>“理想のディスカウント 75% 不安はよぎるけれど手が震えずにやりとげる”（≠手が震える）</p> <p>“ミニテスト” ← 恐怖・緊張・不安 ↓ 学校に通う前と今と比較したら 目標について</p> <p>不安</p>	<p>←先生にほめていただいたのが嬉しかったです</p> <p>←思い浮かんでも客観的な自分が少し居るような気がします（←認知行動療法で自分について考えることが多いのがその理由かもしれません）</p> <p>←（不安）震えるのでは？ ≠手が震える</p> <p>←なくなってしまって今ではダメな子に逆になってしまっています</p> <p>精神的負担がなくなったのはいい事だと思います</p> <p>←これができている状態だと思います（まだ失敗はしていません）→ TOC 足りていない？ 失敗した時のフォローがまだ足りていないように思います</p> <p>←ミニテストに関しては本当に心配することがなくなったのがすごい成長だと思います</p> <p>←同じくすごく成長しました</p> <p>←皮膚科・検診・友人と食事・通学は達成していると思います（まだ不安等苦手状況はありますが）</p> <p>←よくこの言葉を書いているのですが今は少し少なくなったと思いました</p>
--	---

「積み上げてきたものも、わずかな挫折があると、一挙にすべて瓦解する」という二分法的 (dichotomous) な患者の予測に対処するために、「失敗」の後に自分に与えるメッセージを作ることホームワークとした (表6)。軽度の「失敗」には、「できることなら、なかったことにしまおう」という無視に加え、「つまづくのはこけた内に入らない」と書いていた。スリップは再燃ではない、というアイデアは、すでに治療者が示していたものであった。一方、重度の「失敗」には疑問符で終わるものの、回復の可能性への言及がみられた。

6) 治療の成果を振り返る

およそ1年後、専門学校通学を続け、隔週で受診するようになっていた患者は、これまでの記録を振り返るというホームワークを自らに課した (表7)。初診時の目標のうち、皮膚科受

診・検診・友人との食事・通学は達成でき、ミニテストに対する不安はなくなり、「手が震えるんじゃないか」という認知が出現する機会が減り、たとえ思い浮かぶことがあっても、「震えるのではないかと」「震える」とは同一ではないことが少し客観的に理解できるようになりつつある。しかし、失敗に関する破局視 (catastrophising) はなお緩和されてはいないようである。

おわりに

冒頭に引用した2つの論文で論じられた「視点の転換」と「内省過剰」は、対人恐怖・社交恐怖の認知モデルにおいて、自己注目、自己監視、仮想他者の視点、事後の非機能的情報処理といった用語で語られている事態と共通するように思われる。加えて、自験例が示すように、



恐怖に怯える自己の受容に関わる問題が背後から患者を捕縛している感がある。症状の制御を図り悪循環に変化をもたらそうとする認知モードと、事態を許容し受容する認知モードとの間に、均衡が保たれるように治療を進めることが、対人恐怖・社交恐怖の認知行動療法にも要請されているのかもしれない。

#### 文 献

- Beck AT (1983) Anxiety : Cognitive therapy with Dr. Aaron T. Beck. Psychological & Educational Films.
- Beck AT, Emery G (with Greenberg RL) (1985) Anxiety Disorders and Phobias : A cognitive perspective. BasicBooks.
- Clark DM, McManus F (2002) Information processing in social phobia. Biol Psychiatry 51 ; 92-100.
- Hofmann SG (2007) Cognitive factors that maintain social anxiety disorder : A comprehensive model and its treatment implications. Cogn Behav Ther 36 ; 193-209.
- 井上和臣 (2006a) 社会不安障害への認知行動療法. 精神経誌 108 : 760-765.
- 井上和臣 (2006b) 社会不安障害の治療—認知療法の立場から. 臨床精神薬理 9 ; 2149-2152.
- 井上和臣・鍵本伸明 (2004) 社会不安障害と認知行動療法. 精神科 4 ; 236-241.
- 井上和臣・渡辺元嗣 (2000) 対人恐怖 / 社会恐怖と認知行動療法. 臨床精神医学 29 ; 1099-1104.
- 長井真理 (1983) 内省の構造—病的な「内省過剰」について. (村上靖彦編) 分裂病の精神病理 12 ; 189-211. 東京大学出版会.
- 内沼幸雄 (1978) 夏目漱石の病跡. (湯浅修一編) 分裂病の精神病理 ; 217-274. 東京大学出版会.

#### ■お知らせ

### 第 11 回日本認知療法学会

日 時 : 平成 23 年 9 月 30 日 (金) ~ 10 月 2 日 (日)

(10 月 2 日 : 日本認知療法学会第 12 回研修会)

会 場 : 大阪国際会議場 (JR 大阪駅より 15 分)

テーマ : 日本における認知療法の歴史, 現状, 未来

大会長 : 東 斉彰 (住友病院)

海外招待ゲスト : Jeffrey Young 博士 (ニューヨーク認知療法センター・スキーマセラピー研究所所長)

内 容 : 海外招待講演, 大会長講演, 特別講演, 大会企画シンポジウム, 自主企画シンポジウム, ランチョンセミナー, ケーススタディー, オーラルセッション, ポスターセッション

ホームページ : <http://jact11.org> (日本認知療法学会 HP からリンク)

演題登録・事前参加登録 : ホームページより申し込み

問い合わせ先 : 運営事務局

株式会社 JTB 西日本コミュニケーション事業推進室 MICE センター

「第 11 回日本認知療法学会 係」

〒 541-0058 大阪市中央区南久宝寺町 3 丁目 1-8 本町クロスビル 11 階

TEL : 06-6252-2861 / FAX : 06-6252-2862

メールアドレス : [jact2011@west.jtb.jp](mailto:jact2011@west.jtb.jp)